

SOLICITUD DE ALTA EN SERVICIO DE COMEDOR EN LA ESCUELA DE VERANO DEL CEIP " _____ " DE CIUDAD REAL

Servicio Solicitado

COMEDOR (de 14,00 a 15,00 h)

AULA MATINAL (de 7,30 a 8,30 h)

¿Disfruta de Beca de comedor? SI
 NO

Indicar los días de asistencia:

JULIO				
L	M	X	J	V
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31		

AGOSTO				
L	M	X	J	V
			1	2
5	6	7	8	9

(ESTA FICHA DE INSCRIPCIÓN SE CONSIDERA VIGENTE HASTA EL MOMENTO EN EL QUE SE ENTREGUE A LOS ENCARGADOS DEL COMEDOR LA FICHA DE BAJA DEL ALUMNO, Y POR LO TANTO, SE SEGUIRÁN PASANDO LOS RECIBOS BANCARIOS CORRESPONDIENTES HASTA TAL MOMENTO. PARA SOLICITAR LA FICHA DE BAJA, DIRÍJASE A LOS RESPONSABLES DEL COMEDOR)

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDOS:
NOMBRE:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CURSO Y GRUPO:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA O INTOLERANCIA ALIMENTARIA? Señale lo que proceda SI
(tanto en caso afirmativo como negativo, es necesario CUMPLIMENTAR el informe de alergias adjunto) NO

DATOS FAMILIARES

APELLIDOS DEL PADRE/TUTOR:
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:
DNI DEL PADRE/TUTOR:

APELLIDOS DE LA MADRE/TUTOR:
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR:
DNI DE LA MADRE/TUTOR:

TELÉFONOS DE CONTACTO:

DATOS BANCARIOS A EFECTO DE DOMICILIACIÓN DE RECIBOS

NÚMERO DE CUENTA: ES

TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA:

Autorizo a la empresa a domiciliar los recibos correspondientes al servicio de aula matinal y comedor de mi hijo/a en la cuenta bancaria indicada y declaro que todos los datos contenidos en la presente solicitud son ciertos y especialmente los reflejados sobre las alergias o intolerancias alimentarias de mi hijo/a.

En , a, de, de 20....

Fdo.
PADRE/MADRE/TUTOR (indíquese lo que proceda)

Protección de Datos: Se informa que los datos facilitados por Vd. en este formulario serán objeto de tratamiento automatizado o no en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar los servicios dados por nuestra empresa, y/o para el envío de comunicaciones profesionales por vía electrónica. Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999.

DECLARACIÓN DE ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

D./Dña. _____ como padre/madre/tutor/tutora/otro (indique lo que proceda) del niño/a _____ alumno del Colegio/Escuela Infantil _____ de _____ (ciudad), provincia de _____

COMUNICO a la empresa responsable del servicio de comida en el centro que dicho niño/a padece las siguientes alergias/intolerancias:

ALERGIA/INTOLERANCIA A:	Señale con una X
Gluten (celíaco)	
Lactosa	
Proteína de la leche de vaca	
Huevo y derivados	
Pescado y derivados	
Moluscos y derivados	
Crustáceos y derivados	
Soja y derivados	
Apio y derivados	
Mostaza y derivados	
Sésamo y derivados	

ALERGIA/INTOLERANCIA A:	Señale con una X
Frutos de cáscara	
Cacahuete y derivados	
Altramuces y derivados	
Anhídrido sulfuroso y sulfitos	
Otros (especificar):	
NO TIENE NINGUNA	

Además, no puede comer los siguientes alimentos:

Se adjunta informe médico que lo certifique (señale lo que proceda): SI
NO

Firmado:

D./Dña. _____

Padre/Madre/Tutor/Tutora/Otro (indicar)

DNI: _____

Protección de Datos: Se informa que los datos facilitados por Vd. y utilizados para el envío de esta comunicación serán objeto de tratamiento automatizado o no en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa, para el envío de comunicaciones profesionales y/o personales por vía electrónica. Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999.

Confidencialidad: El contenido de esta comunicación, así como el de toda la documentación anexa, es confidencial y va dirigido únicamente al destinatario del mismo. En el supuesto de que usted no fuera el destinatario, le solicitamos que nos lo indique y no comunique su contenido a terceros, procediendo a su destrucción. Gracias.